



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA**

Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
SOMETIDO A CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBAR**

Estudiante:

M^a AUXILIADORA DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ

Tutor:

DR. D. ALFREDO INGELMO MORÍN

Salamanca, MAYO 2012

El profesor **Dr. D. ALFREDO INGELMO MORÍN**,

en su calidad de Tutor, considera que el Trabajo Fin de Grado con Título

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
SOMETIDO A CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBAR CON
ARTRODESIS VERTEBRAL**

realizado por **M^a AUXILIADORA DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ**

cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Fdo. Dr. ALFREDO INGELMO MORÍN

AGRADECIMIENTOS:

Al **Dr. D. JUAN FRANCISCO BLANCO BLANCO**, por su colaboración e implicación en este proyecto y por la constante función docente que desarrolla cada día dentro y fuera del quirófano.

GRACIAS por haber conseguido transmitirme su pasión por la cirugía de columna.

ÍNDICE

1.-RESUMEN.....	pag.1
2.-INTRODUCCIÓN.....	pag.2
2.1.- CONCEPTO.....	pag.2
2.2.- RECUERDO ANATÓMICO.....	pag.2
3.-OBJETIVOS.....	pag.3
4.-MATERIAL Y MÉTODO.....	pag.3
5.- PLAN DE CUIDADOS.....	pag.4
5.1.- CUIDADOS PREOPERATORIOS.....	pag.6
5.1.1.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO.....	pag.7
5.2.- CUIDADOS INTRAOPERATORIOS.....	pag.9
5.2.1.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO.....	pag.10
5.3.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	pag.20
5.3.1.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO.....	pag.20
6.- RESULTADOS.....	pag.23
7.- CONCLUSIONES.	pag.23
8.-BIBLIOGRAFÍA.....	pag.24

RESUMEN

En el bloque quirúrgico, los cuidados enfermeros obedecen a unas premisas generales propias de cualquier intervención y a otras muy concretas dependiendo de la especialidad quirúrgica. En las intervenciones de columna y especialmente en la artrodesis vertebral, aunque no se puede negar la importancia de las actividades puramente técnicas, no debemos olvidar la atención a las necesidades biopsicosociales del paciente. En ese sentido, la calidad de los cuidados enfermeros puede asegurarse si unificamos criterios.

La disminución de la variabilidad de la práctica enfermera proporciona una mejora de la asistencia prestada.

En el Hospital Universitario de Salamanca, la implantación de un plan de cuidados dentro del bloque quirúrgico garantizaría la continuidad de los cuidados establecidos en las plantas de hospitalización.

Desde el bloque quirúrgico he sentido la necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizado, estableciendo unos Diagnósticos de Enfermería que nos sirvan para entendernos en un lenguaje universal, clarificar nuestro rol de enfermeras, unificar la actuación con el resto de profesionales y establecer una referencia para el control de calidad.

La elaboración de este plan de cuidados se fundamenta en los Diagnósticos de Enfermería desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y en las necesidades descritas en el modelo de Virginia Henderson.

INTRODUCCIÓN

La implantación de los planes de cuidados aporta beneficios al paciente, al ofrecerle los mejores cuidados; al profesional de enfermería, transmitiéndole seguridad y reconocimiento al incorporar criterios de calidad en sus intervenciones, y al hospital, al optimizar los recursos.

La existencia de un plan de cuidados intraoperatorios nos permitirá registrar nuestras actividades y asegurar una continuidad en los cuidados a la vez que unificamos criterios y demostramos las funciones de enfermería en el Área Quirúrgica, consolidando nuestra identidad profesional.

CONCEPTO

El fundamento de la intervención quirúrgica sobre la columna vertebral es corregir las anomalías estructurales, descomprimir las estructuras neurales, estabilizar segmentos óseos inestables y en definitiva, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente. La artrodesis vertebral consiste en fusionar dos o más vertebras para estabilizar la columna.

RECUERDO ANATÓMICO DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Las funciones principales de la columna vertebral son:

1. Transmitir y amortiguar las cargas.
2. Permitir un cierto grado de movilidad, manteniendo cierto grado de rigidez.
3. Proteger las estructuras neurales contenidas en el canal.

Cuando existe una enfermedad (discopatía e inestabilidad lumbar, estenosis de canal, espondilolistesis o afecciones tumorales) y la columna ya no cumple estas funciones, es necesario en muchos casos, realizar una artrodesis vertebral. Esta cirugía consiste en la

estabilización de los segmentos afectados mediante instrumentación transpedicular e injerto óseo. Para ello, a través del pedículo se introduce un tornillo en el cuerpo vertebral sujeto a una barra de titanio mediante una tuerca.

Las estructuras neurales que hay que descomprimir y proteger, hacen que sea una cirugía crítica y por tanto, debe realizarse con un equipo de profesionales entrenado y siguiendo unos protocolos de actuación.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de cuidados estandarizado de enfermería en la artrodesis vertebral, que garantice el confort del enfermo, prevenga la aparición de complicaciones y colabore en el éxito de la cirugía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Atender integralmente al paciente.
- Proporcionar todos los cuidados de enfermería necesarios para que la intervención se lleve a cabo de forma eficiente y eficaz.
- Proporcionar información que facilite la cobertura legal, la gestión, la investigación y la docencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo este plan, he tenido en cuenta los protocolos ya existentes en el Hospital Universitario de Salamanca. Ante la ausencia de uno específico e integral de enfermería, para cirugía de columna lumbar, he sentido la necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizado que sirviera de herramienta al profesional que realiza su labor día a día así como al personal de nueva incorporación.

Para ello mi metodología de trabajo ha consistido en buscar cómo se trabaja en otros hospitales dentro y fuera de nuestra comunidad, qué protocolos existen y que planes de cuidados aplican.

He realizado una búsqueda bibliográfica en Medline, Google académico y Pubmed orientada hacia los cuidados de enfermería en la cirugía del raquis.

Una vez recabada toda la información, he elaborado un plan de cuidados que se fundamenta en los Diagnósticos de Enfermería (DE) (identificación de problemas) según la taxonomía de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) a partir de los cuales se desarrollan actividades planificadas según objetivos y en las necesidades descritas en el modelo de enfermería de Virginia Henderson, utilizado en la red de hospitales públicos de Castilla y León. La nomenclatura utilizada y los códigos han sido actualizados a la última publicación de la NANDA correspondiente al año 2010.

He tenido en cuenta también los dos tipos de intervenciones que, según Lynda Carpenito, las enfermeras debemos practicar: independiente, que compete únicamente a la enfermera, e interdependiente, en colaboración con otras disciplinas.

PLAN DE CUIDADOS INTRAOPERATORIOS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA DEL RAQUIS

El proceso quirúrgico en su totalidad tiene tres partes: preoperatorio, intraoperatorio (que es el que nos ocupa) y postoperatorio, en las que las circunstancias del paciente y las actividades de enfermería son diferentes. Los profesionales de la enfermería quirúrgica deben conocer con detalle estas fases.

Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico los/as enfermeros/as, disponemos de dos medios fundamentales: uno es la formación de los profesionales

donde tiene especial relevancia la formación continuada y el otro es la estandarización de los procesos a aplicar.

Se entiende por enfermería perioperatoria el papel que la profesión de enfermería ha desarrollado con la asistencia del paciente quirúrgico. Esta disciplina comprende su asistencia total antes, durante y después de la cirugía.

Es dentro del bloque quirúrgico cuando la enfermera no sólo tiene que atender los aspectos técnicos de la cirugía de columna sino que también debe atender los cuidados biopsicosociales.

La enfermera del bloque quirúrgico personifica lo que tradicionalmente significa la palabra enfermera para el paciente: proporcionar seguridad, tranquilidad y apoyo. El bienestar del paciente se confía a la enfermera desde el momento de su llegada al ambiente perioperatorio hasta la salida y la transferencia de responsabilidades a otro miembro del equipo profesional de la salud. La enfermera se hace legalmente responsable de los cuidados a los pacientes incluyendo las intervenciones que lo asisten en un estado consciente o inconsciente; identifica sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas; desarrolla e implementa un plan asistencial individualizado que coordina las intervenciones, y evalúa la evolución de la intervención del paciente a través de la aplicación de los procesos de enfermería.

Considero que la ausencia de un plan estandarizado de cuidados intraoperatorios rompe la cadena de cuidados y planes que en este hospital sí se están aplicando en las plantas de hospitalización. Y para garantizar esa continuidad de cuidados siento la necesidad de elaborar ese plan también en la fase intraoperatoria inmediata dentro del bloque quirúrgico.

Se describen a continuación las fases del proceso INTRAOPERATORIO:

Los cuidados del paciente en esta cirugía van a estandarizarse en tres fases bien diferenciadas:

- CUIDADOS EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO: los que incluyen desde la llegada del paciente al antequirófano, hasta la administración de la anestesia general.
- CUIDADOS INTRAOPERATORIOS: los que se aplican durante el acto quirúrgico.
- CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO: abarcan desde el momento en que cesa la administración de la anestesia hasta que el paciente abandona el quirófano.

CUIDADOS PREOPERATORIOS DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

Antes de que el paciente llegue al quirófano, corresponde a la enfermera:

- Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el éxito de la cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.
- Comprobar el buen funcionamiento de los equipos de anestesia, luces, mesa quirúrgica, sistemas de ventilación y aspiración.
- Preparar los suministros, fármacos y soluciones que utilizamos en la cirugía de columna.
- Comprobar los instrumentos y disponerlos en orden para su utilización.
- Encender y colocar las lámparas quirúrgicas.
- Preparar las mesas que hacen falta durante la cirugía.
- Disponer de los equipos eléctricos y comprobar que están operativos.(bisturí eléctrico, bipolar, motor si fuera preciso...)
- Preparar el instrumental quirúrgico así como los implantes que se van a poner : tornillos pediculares y barras.

Una vez que el paciente llega a quirófano, corresponde a la enfermera:

- Recibir al paciente, comprobar sus datos personales
- Comprobar que la historia clínica está completa.
- Constatar si el paciente tiene alergias. En el bloque quirúrgico, es de vital importancia a la hora de planificar la cirugía si el paciente es alérgico al latex. En el Hospital Universitario de Salamanca existe un protocolo de actuación especial para estos casos siguiendo las recomendaciones del SACYL.
- Comprobar si presenta enfermedades importantes, medicación habitual, pruebas preoperatorias, profilaxis antibiótica y petición de hemoderivados.
- Comprobar si el atuendo del paciente es apropiado (camisón amplio y con abertura y gorro de quirófano).
- Realizar del check-list o listado de verificación. Es la herramienta de seguridad que debe manejar el profesional del área quirúrgica y que el Hospital

Universitario de Salamanca ha implantado en el año 2011 siguiendo las recomendaciones de la OMS y los objetivos marcados por el SACYL.



Ilustración 1 Preparación del quirófano

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO U ANTEQUIRÓFANO (CÓDIGO Y TAXONOMÍA SEGÚN NANDA INTERNACIONAL Ed. 2010).

CÓDIGO 146. ANSIEDAD

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Factores relacionados: El desconocimiento del medio, la pérdida de su intimidad, la separación de su entorno habitual, del ámbito familiar, el temor al dolor, a la muerte y a la propia intervención.

Objetivo: Transmitir confianza e intentar dar confort y bienestar físico y psíquico al paciente.

Actividades:

- Acercarnos lo antes posible e identificarnos. La proximidad física y el contacto directo rompen barreras.
- Comunicación afectiva no sólo verbal, sino también mediante el tacto y el contacto visual. Escucharle y dar respuesta a sus necesidades.
- Transmitir comprensión y dar apoyo por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar, proporcionarle comodidad física y explicar procedimientos (vías i.v., E.C.G, monitorización BIS...), adelantándonos a las sensaciones que pueda percibir.
- Actuar con tranquilidad, sin prisas.
- Ofrecer un ambiente confortable y relajado, con música suave cuando esté indicado.
- Cuidar el tono y contenidos de la conversación antes y durante la inducción anestésica.
- Acompañarlo hasta el momento que pierda la consciencia y tranquilizarlo al despertar.
- Evitar exposiciones innecesarias.
- Comunicarle que estamos en contacto con su familia.
- Informar al paciente y a la familia de los cambios o imprevistos que se puedan presentar (demora o adelanto de la intervención...).

CODIGO 148. TEMOR

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Factores relacionados: la inquietud o sensación de miedo que el paciente experimenta, siendo capaz de identificar el origen de ese sentimiento, como por ejemplo, el miedo o rechazo a técnicas invasivas, como la canalización de vías intravenosas, sondaje vesical...

Objetivo: lograr identificar la causa u objeto del miedo e intentar minimizar su repercusión

Actividades:

- Transmitir calma y seguridad con nuestro lenguaje verbal y no verbal
- Describir previamente todas las técnicas a las que está siendo sometido
- Estimular al paciente para que verbalice sus dudas y temores
- Establecer medidas para favorecer la comodidad y la disminución del dolor previo a la anestesia

CUIDADOS INTRAOPERATORIOS

Una vez el paciente se encuentra en el interior del quirófano, la enfermera colabora junto con otros especialistas.

Colaboración con el anestesiólogo para la técnica de la intubación orotraqueal:

Objetivos de la intubación:

- Aislar la vía aérea y sellarla durante la cirugía
- Aplicar una ventilación adecuada bajo presión positiva, manteniendo una Fi O2 predecible y una saturación de O2 en sangre óptima.
- Mantener una vía aérea permeable, para una ventilación prolongada y libre de secreciones

Material necesario:

- Mascarilla facial adaptada al tamaño de cada paciente para pre-oxigenar antes de intubar
- Fuente de oxígeno para proporcionar una correcta ventilación del paciente.

- Laringoscopios: la pala Macintosh es la más utilizada. Es una pala curva que disminuye el riesgo de traumatismos epiglóticos.
- Tubos oro laríngeos: Tubo de Guedel de distintos tamaños para adaptarnos a la anatomía del paciente. Mantienen la base de la lengua apartada de la orofaringe.
- Tubos endotraqueales: para esta cirugía se usan los tubos anillados reforzados, por ser más flexibles y con el balón o pneumotaponamiento de baja presión.
- Filtro antibacteriano para conectar entre el paciente y el respirador.
- Jeringa de 20 ml. Para hinchar el balón de taponamiento.
- Lubricante para el tubo y el fiador si fuera necesario.
- Esparadrapo o venda para fijar el tubo.
- Fuente de aspiración para limpiar secreciones si se dieran durante la intubación.

Si se tratara de una intubación difícil, la enfermera debe proporcionar al anestesista otros dispositivos como la pala de Miller o un airtrack®.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE INTRAOPERATORIA (CÓDIGO Y TAXONOMÍA SEGÚN NANDA INTERNACIONAL Ed. 2010)

CÓDIGO 38. RIESGO DE TRAUMATISMO

Definición: Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (por ejemplo: una herida, una quemadura, una fractura)

Factores relacionados: la posición quirúrgica, la pérdida del nivel de consciencia y la aplicación de técnicas invasivas.

Objetivo: Evitar lesiones, quemaduras y luxaciones accidentales.

Actividades:

- El enfermo debe estar bien identificado al transferirlo a la mesa quirúrgica, y confirmado el sitio quirúrgico.

- Verificar la ausencia de prótesis dentales, auditivas, lentillas, metálicas...
- El traslado del paciente que ha sido intubado en la camilla, hasta la mesa quirúrgica se realizará con cuidado y manteniendo siempre el eje corporal para evitar que un miembro, al caer laxamente se pueda lesionar.
- La mesa se debe frenar en una posición segura, fija cuando el enfermo esté sobre ella y durante la transferencia del sujeto de la camilla a la mesa y viceversa. Se recomienda un mínimo de cuatro personas para levantar o mover a un paciente inconsciente. Pueden utilizarse mecanismos para transferirlo o levantadores.
- El anestesiólogo protege la cabeza del paciente todo el tiempo y le da sostén durante el movimiento. La cabeza debe mantenerse en un eje neutral y voltearse muy poco para mantener la vía respiratoria y la circulación cerebral.
- El cirujano tiene la responsabilidad de proteger e inmovilizar una fractura durante los movimientos.
- Consultar siempre al anestesista antes de movilizar al paciente.
- El paciente anestesiado debe moverse muy despacio y con cuidado para permitir que el sistema circulatorio se ajuste, y se controle el cuerpo durante el movimiento.
- Ninguna parte del cuerpo debe extenderse fuera de los bordes de la mesa, o estar en contacto con las partes metálicas o superficies sin protección.
- La exposición del cuerpo será mínima para prevenir la hipotermia y conservar su lugar.
- El movimiento y la posición no deben obstruir o desconectar catéteres, venoclisis y monitores.
- Se protegerá los ojos con crema epitelizante y se cerrarán suavemente con esparadrapo antialérgico, evitando cualquier tipo de presión sobre el globo ocular pues la oclusión de los vasos de la retina puede dar lugar a isquemia de la misma. Se han descrito problemas importantes de visión con sólo diez minutos de presión sobre los vasos de la retina.

CÓDIGO 87. RIESGO DE LESIÓN POSTURAL PERIOPERATORIA

Definición: Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo

Factores relacionados: la colocación durante la cirugía (decúbito prono) y la relajación muscular suministrada durante la intubación orotraqueal.

Objetivo: garantizar la seguridad del paciente y evitarle problemas añadidos.

Actividades:

- La rotación del paciente desde la camilla donde ha sido intubado, hasta la mesa quirúrgica, se realizará de forma que quede alineada cabeza-cuello-cuerpo sin movimientos o posiciones forzadas teniendo especial atención a los brazos, evitando luxaciones articulares de los hombros (ya que con la anestesia existe relajación neuromuscular lo que facilita las luxaciones). Daremos especial cuidado al brazo que queda en posición inferior, protegiendo con nuestras manos que el peso de su cuerpo recaiga sobre el brazo.
- En la cirugía en decúbito prono hay que distribuir el peso corporal uniformemente.
- El tórax y el abdomen descansarán sobre un cojín torácico situado desde la clavícula hasta la cresta iliaca dejando libre el tórax y el abdomen y evitando la compresión de la cava inferior. Así facilitamos los movimientos respiratorios.
- Vigilaremos que la zona inguinal quede libre de cualquier presión que pudiera comprometer los paquetes nerviosos.
- Evitaremos que el cojín torácico no presione mamas ni genitales.



Ilustración 2 Cojín torácico y almohada de Mayfield con protectores

- Los miembros inferiores han de quedar alineados. Colocaremos almohadillas en los puntos de apoyo como son las rodillas y una almohada bajo los pies, para conseguir que los dedos de los pies no estén en contacto directo con la mesa y para favorecer el retorno venoso.
- También podemos proteger los miembros inferiores con medias elásticas evitando éxtasis venosos.



Ilustración 3 Protección de miembros inferiores

- Durante la cirugía en decúbito prono, la colocación de los brazos requiere una gran importancia. Ambas extremidades deben colocarse en un soporte, evitando la abducción más de 90°. Las posturas forzadas pueden dar lugar a pérdidas sensitivas y motoras.

Zonas de riesgo:

- nervio braquial
- nervio cubital
- nervio radial
- El plexo braquial, que se encuentra en el hueco de la axila suele lesionarse en la abducción por encima de los 90°. Para protegerlo, evitaremos la hiperextensión del cuello, la rotación contralateral del cuello, la utilización de rodetes que compriman la extremidad y la rotación externa del hombro.
- El nervio radial rodea al húmero en forma de espiral; para evitar su lesión, almohadillaremos el soporte del brazo y evitaremos la abducción en más de 90°.
- El nervio cubital recorre el interior del brazo, próximo a la superficie de la piel, siendo las zonas más sensibles el epicóndilo y la muñeca. En supinación, está protegido por estructura ósea. Para protegerlo, evitaremos la flexión del codo y la pronación y abducción del brazo.



Ilustración 4 Protección de miembros superiores

- Es importante proteger las partes prominentes de la cara para evitar compromisos vasculares y musculares. Esto se logrará acomodando la cabeza sobre una almohadilla de silicona en forma de herradura, almohadilla de Mayfield, que sostiene la periferia de la cara sin presionar, quedando libre los ojos y nariz.
- Para adecuarnos mejor a la anatomía de cada paciente disponemos también de una almohada de gel diseñada específicamente para cirugía en prono donde el paciente apoya frente y mentón, quedando libre el resto de la cara.



Ilustración 5 Almohada específica para cirugía en decúbito prono

Como hemos podido comprobar, el mal posicionamiento de los pacientes en el quirófano de columna puede dar lugar a complicaciones indeseables. A ello se suma que los tiempos quirúrgicos en cirugía de columna pueden ser amplios. Es importante el conocimiento de las distintas repercusiones así como el adecuado posicionamiento para evitarlas. Es necesario que todo el equipo quirúrgico esté formado y entrenado evitando complicaciones negativas tanto en el posicionamiento como en el mantenimiento de las posiciones.

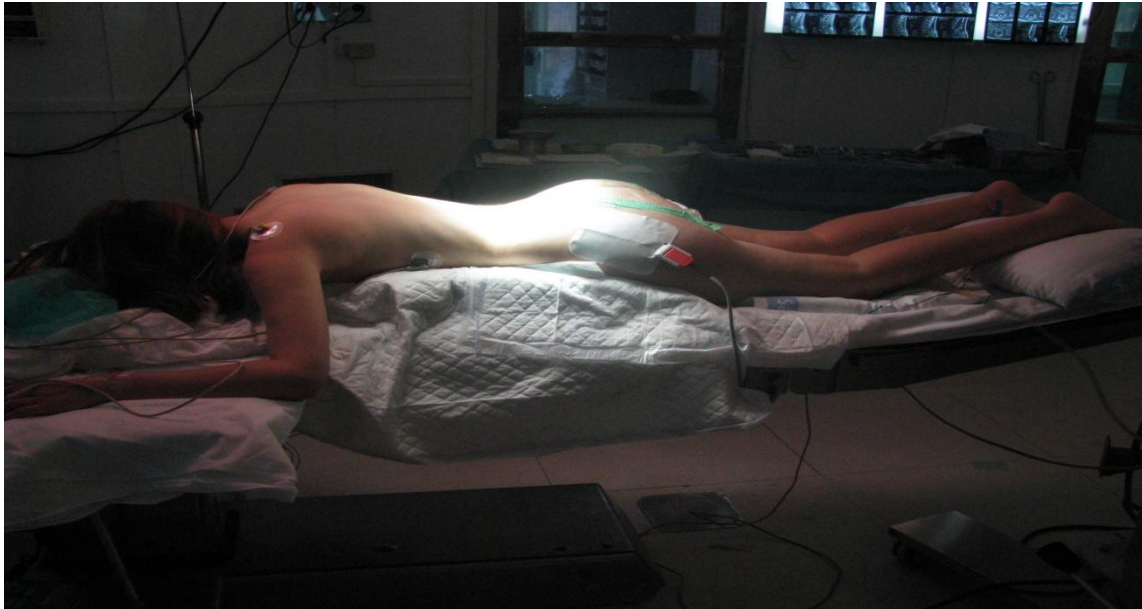


Ilustración 6 Colocación del paciente para cirugía del raquis.

CÓDIGO 46. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Definición: alteración de la epidermis y/o la dermis.

Factores relacionados: la propia incisión quirúrgica además de factores mecánicos como por ejemplo fuerzas de cizallamiento, presiones y sujeciones.

Objetivos: conservar la integridad de la piel y evitar lesiones añadidas salvo la propia incisión quirúrgica.

Actividades:

- La placa electroquirúrgica se aplicará sobre la zona muscular y bien vascularizada, próxima al campo quirúrgico, alejada de electrodos de E.C.G. y evitando zonas potencialmente húmedas y con vello. No debe aplicarse sobre prominencias óseas, cicatrices ni prótesis metálicas.
- Elegiremos una zona muscular, por ser la que ofrece poca resistencia al paso de la corriente. Y si está bien vascularizada, mejor se dispersa el calor generado.

- Elegiremos esa zona próxima al campo quirúrgico, para que el recorrido de la corriente eléctrica sea menor, y lejana a los electrodos para evitar quemaduras en los puntos de retorno de la corriente.
- Es preferible no usar zonas húmedas ya que la capacidad aislante de la piel disminuye cuando está húmeda o mojada.
- Evitaremos zonas con vello ya que no es conductor, y disminuiría la adhesividad de la placa sobre la piel.
- Evitaremos prominencias óseas y cicatrices por estar peor vascularizadas y ser peores conductoras.
- Descartaremos zonas con prótesis metálicas ya que pueden ejercer como lugar de retorno alterno de la corriente.
- Comprobaremos que no queden debajo del paciente ni apoyados directamente sobre la piel, cables de monitorización, cable y pinza de conexión de la placa electroquirúrgica y conexión de la bolsa de diuresis con la sonda.
- Al retirar la placa, se hará con suavidad y valorando el estado de la piel. De utilizar solución yodada para la preparación de la piel, se limpiará todo resto de la misma finalizada la cirugía.

CÓDIGO 5. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL

Definición: Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Factores relacionados: exposición a ambientes fríos, edades extremas, sedación, inactividad muscular, medicamentos que provocan vasodilatación.

Objetivo: consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal dentro de parámetros normales durante la operación.

Actividades:

- Controlar la T^a del paciente.
- Controlar la T^a ambiental del quirófano.

- Mantener al paciente tapado a la llegada al quirófano y mientras se prepara la cirugía.
- Usar, si fuera necesario dispositivos para proporcionar calor como la manta reflectora.
- Calentar las soluciones de irrigación si procede.
- Proporcionar y regular un calentador de sangre si procede.
- Calentar las esponjas quirúrgicas.

CÓDIGO 4. RIESGO DE INFECCIÓN

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores relacionados: destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental, procedimientos invasivos, defensas primarias inadecuadas (por la incisión en la piel), defensas secundarias inadecuadas (por potencial descenso de la hemoglobina).

Objetivo: El paciente no presentará signos de infección.

Actividades:

- Comprobar que el paciente está en adecuadas condiciones de higiene corporal.
- Cubrir el cabello con un gorro.
- Mantener la Tª del quirófano entre 18° y 22° y humedad entre 60% y 70%.
- Realizar las técnicas de enfermería de manera aséptica.
- Comprobar que el instrumental y material necesario estén preparados para evitar retrasos, manteniendo la técnica aséptica tanto para la preparación del instrumental como en el equipo humano.
- Mantener las puertas cerradas del quirófano, evitar la presencia de personas innecesarias y el movimiento del personal existente para evitar turbulencias.

CODIGO 39. RIESGO DE ASPIRACIÓN

Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sólidos o líquidos.

Factores relacionados: la administración de los fármacos para la intubación endotraqueal pueden producir depresión del reflejo tusígeno e incompetencia de esfínteres esofágicos.

Objetivo: el paciente no experimentará aspiración.

Actividades:

- Verificar si el paciente ha ingerido alimento sólido o líquido entre seis u ocho horas previas a la cirugía.
- Realizar aspiración en caso necesario, de vómitos, regurgitación, hipersecreción de moco o saliva, para prevenir la obstrucción de las vías respiratorias.
- Una vez concluida la cirugía mantener vigilado al paciente, tras la extubación, y en posición adecuada para evitar una posible aspiración de vómito o mucosidad.

CÓDIGO 132. DOLOR AGUDO

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.

Factores relacionados: los agentes lesivos biológicos, químicos y físicos inherentes a la cirugía, además de la inmovilidad y la posición quirúrgica.

Objetivo: el paciente no presentará dolor.

Actividades:

- Valorar las constantes vitales antes y después de la administración de analgésicos.
- Administrar los fármacos indicados por el anestesiólogo.
- Valorar la eficacia de la medicación administrada.

CÓDIGO 16. DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Definición: disfunción en el patrón de eliminación urinaria.

Factores relacionados: Inhibición del arco reflejo por deterioro sensitivo motor.

Objetivo: el paciente no presentará signos de retención urinaria (globo vesical).

Actividades:

- Realizar sondaje vesical: mediante esta técnica evitaremos la retención urinaria y además nos aseguramos una información importante como es la diuresis horaria.

CÓDIGO 25. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLÚMEN DE LÍQUIDOS

Definición: riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales y/o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.

Factores relacionados: las pérdidas sanguíneas durante la cirugía o el exceso de terapia intravenosa.

Objetivo: el paciente permanecerá hemodinámicamente estable durante la cirugía.

Actividades:

- Realizar monitorización hemodinámica invasiva, canalizando la arteria radial según técnica de Schellinger.
- Control de pérdidas hemáticas y balance hídrico.
- Administrar la terapia intravenosa indicada por el anestesista.
- Realizar flebotomía: muestra de sangre venosa y arterial cuando proceda.
- Interpretar datos de laboratorio.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Una vez el paciente ha sido extubado y cesa la administración de sedoanalgesia, la enfermera valorará su situación antes del traslado a la unidad de REANIMACIÓN.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE POSTOPERATORIA INMEDIATA (CÓDIGO Y TAXONOMÍA SEGÚN NANDA INTERNACIONAL Ed. 2010).

CÓDIGO 32. PATRÓN DE RESPIRACIÓN INEFICAZ

Definición: situación en la que la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Factores relacionados: la disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios

Objetivos: el paciente conservará una ventilación y una saturación de oxígeno en sangre en rangos normales.

Actividades:

- Conseguir el destete de la ventilación mecánica sin dificultades
- Aspirar vía aérea.
- Oxigenoterapia.
- Elevar la cabecera de la cama.

CÓDIGO 31. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Factores relacionados: disfunción neuromuscular causada por fármacos, retención de secreciones, espasmo de vías aéreas.

Objetivo: El paciente permanecerá eupneico.

Actividades:

- Aspirar secreciones.
- Cambiar posición del paciente.
- Administrar inhaladores si procede.

CÓDIGO 134. NÁUSEAS

Definición: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

Factores relacionados: fármacos usados durante la anestesia.

Objetivo: prevenir el vómito.

Actividades:

- Administrar los antieméticos indicados por el anestesiólogo.
- Preparar dispositivo de aspiración.

CÓDIGO 122. TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL

Definición: Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

Factores relacionados: alteración de la recepción sensorial tras la administración de estupefacientes usados en la anestesia.

Objetivos: el paciente mantendrá su función sensitiva intacta.

Actividades:

- Orientar al paciente en la realidad durante el despertar.
- Realizar una estimulación cognoscitiva.

CÓDIGO 91. DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN CAMA

Definición: Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.

Factores relacionados: dolor y deterioros neuromuscular y musculoesquelético asociados a la cirugía.

Objetivos: el paciente adoptará una postura cómoda y de seguridad en la cama.

Actividades:

- Ayudar en la transferencia del paciente desde la mesa quirúrgica a la cama.
- Fomentar el autocuidado en los mecanismos corporales
- Manejar el tratamiento del dolor.

RESULTADOS

Considero que la implantación de este plan de cuidados aporta claros beneficios:

- 1.- Para el paciente, aumentará la percepción de calidad y profesionalidad de los cuidados que recibe.
- 2.-Para los profesionales, significa la unificación de criterios de actuación y el aumento del nivel científico-técnico.
- 3.-Para el personal de nueva incorporación a la unidad, será un sistema de aprendizaje rápido y nada traumático.
- 4.- Desde el punto de vista del hospital como empresa, aumentaría la eficacia y la eficiencia. Para garantizar su calidad, propongo sea revisado periódicamente.

CONCLUSIONES

El plan de cuidados intraoperatorio nos permitirá registrar nuestras actividades y asegurar una continuidad en los cuidados a la vez que unificamos criterios y demostramos las funciones de enfermería en el Área Quirúrgica consolidando nuestra identidad profesional.

En nuestra mano está la posibilidad de evolución de los cuidados así como el futuro de la enfermería perioperatoria.

Hay que demostrar esta evolución en la práctica asistencial, que se haga patente en los equipos interdisciplinarios y que los usuarios y la sociedad lo perciban.

BIBLIOGRAFÍA

1. - NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2010.
2. - Ugalde M, Rigol i Cuadra A. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson; 1995.
- 3.- Gonzalo Jiménez, M., Arregui Martinicorena, C., Aguerre Irigoyen, R., Rodríguez Maeztu, N. Atención de enfermería al paciente intervenido de hernia discal lumbar. Pulso. Revista del Colegio de Enfermería de Navarra. 2009; Octubre (59): 30-37.
4. - Jiménez, I., Pastor Magro, E., Monge Palacios, T., Alfonso Pardo, J., Rodríguez Vázquez, R. Plan de cuidados sometidos a cirugía de columna lumbar. Info-tr@um@. 2005; (4): 6-10.
5. - Nancy Holloway M. Planes de cuidados en Enfermería Médico Quirúrgica. Edición española 1990.
6. - Carpenito Juall L., Planes de cuidados y documentación de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Edición española.1994.
7. - Antón J., Boixadera M. Plan de cuidados para pacientes intervenidos de hemilaminectomía lumbar. Metas de Enfermería. 2002: Junio; 5(5): 60-63.
8. - Consejo General de la Organización Colegial de Enfermería. [e-nursing]. Madrid, 2010. [Campus virtual citado en abril 2012]. Disponible en: <http://www.e-nursingbestpractices.com/>.
9. - Sobrin Valbuena, C.V., Chacón Ladrón de Guevara, P., Calderón, A.I., Sánchez, B. Cuidados del paciente en el bloque quirúrgico. Rev. Enfermería Científica. Mayo- Junio 2001.
10. - Long Barbara C. Enfermería médico-quirúrgica .Barcelona: Mosby; 2000.
11. - Carpenito, L: J. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la Práctica clínica. 9ª Ed., Madrid; McGraw-Hill. Interamericana; 2002.
12. - Piriz, R., Campos, M de la F., Ramos. Enfermería Médico-Quirúrgica. 1ª Ed.Madrid; DAE; 2001.
13. - Guillamet Lloveras, A., Jerez Hernández, J.M.: Enfermería Quirúrgica. Planes de Cuidados. España, Springer-Verlag Ibérica. 1999.

14. - Gordon, M. Enfermería Mosby, 2000. Diagnóstico enfermero. 3ª Ed. Barcelona. Mosby; 1999.
15. - Hernández Cuadra, M.N., Peralta García, V., Martínez Pérez, A. Plan de Cuidados intraoperatorios en Cirugía. Rev. A.E.E.Q. 1998.
16. - Atkinson LJ, Fortunato NM. Técnicas de Quirófano. 1ª ed. Madrid: Elsevier España; 1998.
17. - Beare PG, Myers JL. Principios y práctica de la enfermería médico-quirúrgica. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
18. - De la Fuente M, Píriz R (coord.). Enfermería médico-quirúrgica. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2001.
- 19.-Freixa J, Marcos M. Comunicación no verbal en el enfermo prequirúrgico. Revista ROL Enfermería 1999; 22 (2): 103-110.
- 20.-Gordon M. Enfermería 2000. Diagnóstico enfermero. 3ª Ed., España, Mosby, 1999.
21. - MN Hernández Cuadra, V Peralta García, A. Martínez Pérez. Plan de Cuidados intraoperatorios en Cirugía. Rev. A.E.E.Q. 1998.
22. - CV Sobrin Valbuena, P Chacón Ladrón de Guevara, AI Calderón, B Sánchez. Cuidados del Paciente en el Bloque Quirúrgico. Rev. Enfermería. Científica. Mayo-Junio 2001.
- 23.-Varela Curto M.D., Villamisar Ferreiro M.J., Sanjurjo Gómez L., Lamata Martínez, A. Plan estandarizado de Cuidados Intraoperatorio. Rev. Enfuro.2004; Abril ;(90)26-29
- 24.-Font Jiménez, I., Alfonso Pardo, J., Pastor Magro, E. Plan de cuidados enfermeros en el paciente intervenido a artrodesis cervical. Info-tr@um@. 2007; Octubre (9): 27-31